



**4. INVALIDITÉ**

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent invalide	Date du début de l'invalidité			CNESST	RHDS ASS. EMPLOI	SAAQ
		AAAA	MM	JJ			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. CHANGEMENT DE NOM**

N° de certificat	Ancien nom et prénom de l'adhérent	Nouveau nom	Raison

**6. CHANGEMENT DE COMPTE**

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			Ancien compte	Nouveau compte
		AAAA	MM	JJ		

**7. CHANGEMENT DE CATÉGORIE**

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			Ancienne catégorie	Nouvelle catégorie
		AAAA	MM	JJ		

**8. CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE**

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			De	À
		AAAA	MM	JJ		

**9. CHANGEMENT D'ADRESSE OU NOUVEAU RESPONSABLE CHEZ LE PRENEUR**

**Nouvelle adresse**       Pour les facturations       Pour les chèques de prestations

Nom du preneur		Numéro de contrat	Numéro de compte
Numéro	Rue	Étage / Bureau n°	
Ville		Province	Code postal

**Nouveau responsable chez le preneur**       Pour les facturations       Pour les chèques de prestations

Nom du preneur		Numéro de contrat	Numéro de compte
Nom du nouveau responsable		Téléphone	Télécopieur
Numéro	Rue	Étage / Bureau n°	
Ville		Province	Code postal

Signature du responsable chez le preneur

Date

**VEUILLEZ RETOURNER L'ORIGINAL À DESJARDINS ASSURANCES.**